

Д.И.ГЕРИЧ, И.Д.ГЕРИЧ, В.В.ВАЩУК

СИНДРОМ БУВЭРЭ - РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Львовский государственный
медицинский университет, Украина

Синдром Бувэрэ, описанный в 1896 году, включает острую закупорку пилоро-дуоденальной части пищеварительного тракта желчным камнем, мигрировавшим в желудок через спонтанный холецисто-гастральный свищ. Дооперационная диагностика синдрома Бувэрэ в большинстве случаев практически невозможна, поскольку патогномническая тетрада верификационных признаков имеет место только у 0,3-1,2% больных. Вследствие этого, данное заболевание обычно является неожиданной для хирургов интраоперационной находкой. Приводим собственное наблюдение. Описания подобных наблюдений в литературе носят казуистический характер. Интерес приведенного наблюдения заключается в том, что синдром Бувэрэ возник на фоне острого калькулезного гангренозного холецистита, осложненного перивезикальными абсцессами, диффузным перитонитом.

Синдром Бувэрэ, описанный в 1896 году, включает острую закупорку пилоро-дуоденальной части пищеварительного тракта желчным камнем, мигрировавшим в желудок через спонтанный холецисто-гастральный свищ [8, 9]. Клинически заболевание проявляется болями в верхнем этаже живота, тошнотой, рвотой (в отдельных случаях желчными камнями), дегидратацией, которые появляются внезапно на фоне длительно протекающего холелитиаза с частыми обострениями [4, 5, 6, 9, 10]. Дооперационная диагностика синдрома Бувэрэ в большинстве случаев практически невозможна, поскольку патогномническая тетрада верификационных признаков (желчнокаменный анамнез, аэробилия, наличие внутренней холицисто-гастральной фистулы и клиническая кар-

тина острой пилоро-дуоденальной непроходимости) имеет место только у 0,3-1,2% больных. Вследствие этого, данное заболевание обычно является неожиданной для хирургов интраоперационной находкой [1, 2, 9, 10, 11].

Синдром Бувэрэ встречается у 0,3-1,2% больных с внутренними желчными свищами [1, 3, 4, 6, 9]. Низкая частота заболеваемости данной патологией, сочетание в ее клинической картине проявление калькулезного холецистита и острой пилоро-дуоденальной непроходимости, необходимость проведения оперативных вмешательств на билиарной системе и желудке в условиях резко измененных взаимоотношений в гепато-панкрео-дуоденальной зоне обуславливают определенные трудности диагностического и оперативно-тактического плана при лечении больных с упомянутым синдромом [4, 9].

Описания подобных наблюдений в литературе носят казуистический характер [6, 9, 11], Приводим собственное наблюдение.

Больная Б., 69 лет, поступила в хирургическое отделение 30.04.81 г, с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, многократную рвоту желудочным содержимым, возобновляющуюся через каждые 12-15 мин, после приема пищи или жидкости, общую слабость, похудение на 6 кг в течении последнего месяца. Считает себя больной на протяжении 30 дней, когда впервые появилась периодическая рвота съеденной пищей. На протяжении 12 дней за медицинской помощью не обращалась, с 13 дня состояние больной ухудшилось: появились коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, надключичную область, рвота стала практически непрерывной, усиливалась общая слабость и истощение. Под конец 4-й недели боли стали резкими, приобрели постоянный характер, в связи с чем пациентка госпитализирована.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних 10 лет беспокоят боли в правом подреберье, однако за медицинской помощью не обращалась. 15 лет тому

назад перенесла удаление матки по поводу фибромиомы.

При поступлении состояние больной тяжелое. В сознании, вялая, адинамичная. Пониженного питания, тургор кожи резко снижен. Кожа и видимые слизистые бледные, акроцианоз. АД 16,0/9,3 кПа (120/70 мм.рт.ст.), пульс 96 ударов в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичные, В легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Язык сухой, обложен серо-коричневым налетом. Живот правильной формы, симметричный, умеренно вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии, где определяется напряжение брюшных мышц и положительный симптом Блюмберга-Щеткина, В правом подреберье нечетко пальпируется резко болезненное опухолевидное образование 6,0×5,0 см. Перистальтика кишечника ослаблена, газы отходят. На обзорной рентгеноскопии брюшной полости чаш Клойбера и свободного газа не обнаружено. Анализ крови: эр. $3,4 \times 10^9/\text{л}$; Л. $12,9 \times 10^9/\text{л}$; п.- 8%, с.- 83%, лимф. - 9%; содержание общего билирубина - 15,53 мкмоль/л; общего белка - 58 г/л; глюкозы - 5,2 ммоль/л; хлоридов - 98,5 ммоль/л; калия - 3,15 ммоль/л; мочевины - 29,4 ммоль/л; остаточного азота - 62 ммоль/л; протомбиновый индекс - 82%; активность АЛТ - 2,28 мкмоль/ч мл/; АСТ - 1,68 мкмоль/ч мл/; амилазы - 16 ед. Общий анализ мочи без патологических изменений. Диагноз: Перфоративная опухоль желудка /?/, перитонит, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, эмфизема легких, ХСЛН II.

В связи с категорическим отказом больной от операции проводилась интенсивная консервативная терапия, которая однако эффекта не принесла. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Согласие на операцию получено спустя 2 суток от момента госпитализации.

2.05.81 г. под эндотрахеальным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия, В правом подреберье и по правому боковому каналу до 100 мл мутного серозного выпота с пленками фибрина.

Желчный пузырь окутан плотным инфильтратом, образованным большим сальником, поперечно-ободочной кишкой и пилорическим отделом желудка. Последний увеличен в размерах, стенка его гипертрофирована, в просвете пальпируется плотное инородное тело размером с куриное яйцо. При остром, частично тупом разделении инфильтрата вскрыто 2 околопузырных абсцесса, содержащих 2,0 и 5,0 мл белого густого гноя без запаха. После выделения желчного пузыря обнаружено, что последний небольших размеров, гангренозно изменен в области дна, склерозирован в области кармана Гартмана, где имеется плотное сращение с пилорическим отделом желудка. Произведена холецистэктомия "на открытом пузыре", во время которой обнаружена и пресечена холецисто-пилорическая фистула диаметром 2,5 см. Через свищевое отверстие в желудке произведена продольная гастротомия: из пилорической части желудка удален овальной формы желчный конкремент 9,0×5,0см. Учитывая наличие диффузного серозно-фобринозного перитонита, тяжесть соматического состояния больной и травматичность предыдущего этапа операции (холецистэктомии), оперативное вмешательство завершено иссечением свищевого отверстия в желудке, ушиванием дефекта желудочной стенки в поперечном направлении узловыми двухрядными швами с подведением сальника, санацией брюшной полости и дренированием правого подпеченочного углубления, правого бокового канала и малого таза резиновотрубчатыми дренажами. Брюшная полость ушита через все слои.

Макропрепарат: желчный пузырь 8,0×4,0×1,5 см., цилиндрической формы, гангренозно изменен в области тела и дна, стенка его истончена в области дна и достигает 1,2 см в области кармана Гартмана, где определяется выраженное склеротическое изменение последней. В просвете единичный смешанный конкремент овальной формы диаметром 0,9 см, частички непереваренной пищи (крупы). Удаленный из просвета желудка камень смешанного состава, яйцеобразной формы, размером

9,0×5,0 см, весом 58 г. Послеоперационный период протекал тяжело. На третьи сутки после операции у больной появились внезапные резкие боли по всему животу, клинические признаки перитонита. Заподозрено несостоятельность швов желудка /?/, перитонит. 5.05.1981 произведена ре-лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 300 мл серозного выпота с примесью желудочного содержимого. Стенка желудка в области предыдущего ушивания отечная, инфильтрирована, покрыта налетами фибрина: в верхнем углу ушитой раны желудка – несостоятельность двух крайних швов. Выполнена гастростомия с использованием существующего дефекта желудочной стенки по Ньюмену. Брюшная полость промыта хлоргексидином и дренирована с четырех точек резиновотрубчатыми дренажами по общепринятой методике.

После операции проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, постоянная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд, симптоматическое лечение. Течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационной раны. В удовлетворительном состоянии на 26 сутки после операции больная выписана.

Осмотрена через 1, 3, 5 и 10 лет: жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

Интерес приведенного наблюдения заключается в том, что синдром Бувэре возник на фоне острого калькулезного гангренозного холецистита, осложненного перивезикальными абсцессами, диффузным перитонитом. Это обстоятельство обусловило необходимость отказа от радикального хирургического вмешательства на желудке (резекции желудка) и применения вынужденных альтернативных подходов в лечении данной патологии. Вопросы диагностики и оперативно-тактической программы при синдроме Бувэре нередко сопряжены со значительными трудностями и должны решаться наиболее опытными специалистами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельский А.В., Ермолаев В.В., Захарова Н.Г., Мышкин К.И. Внутренние желчные свищи при желчнокаменной болезни // Хирургия.- 1978.- № 5.с.- 30-32.
2. Наружные и внутренние свищи / Под ред. Э.Н.Ванцяна." М.: Медицина, 1990.- с. 76-132.
3. Матвийчук Б.О., Биляк С.С. Синдром Бувэре II Клиническая хирургия.-1993.- № 6.-с.69.
4. Цыбырнэ К.А., Попов С.Д., Чалганов А, И. Желчные свищи.- Кишинев: Штиинца, 1983.- с. 120-142,
5. Baudet-Bourgarel A., Boruchowicz A., Gambiez L., Paris F.,C. Syndrome de Bouveret revele par une hematemese // Gastroenterologie Clinique et Biologique.- 1996, vol.20 (1).- P. 112-113.
6. Biló M., Dzupa K. Akutny uzavěr pyloru zicovym kamenom // Rozhl. CHIR.-1989.- v.68,N4., s.258-260
7. Eliasson K., Wickbom G., Loogna P., Sabzwari N. Bouverets sendrone. Ovanlig orsak till gallstensileus // Lakartidnmgén.- 1993.-vol.90 (3).-P. 159-161.
8. Hurlimann R., Enzler M., Binswanger R.O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrome - eine eltene Gallensteinkomplikation // Zeitschrift für Gastroenterologie.- 1995.-vol.33 (8).-P.445-448.
9. De Santis G., Pancotii G. Sindrome di Boweret. Presentazione dl un caso // MIN, GHIK-1988.-v,435 N 17., P. 1403-1405
10. Sonak R., Tusek D., Rusche H.H., Mackrodi H.G. Das Bouveret-Sendrome – eineseltene Form der Magenausgangsstenose// Zentralblatt für Chirurgie.-1995.- vol.120(1).- P.75-78.
11. Vidal O., Seco J.L., Alvarez A., Trinanés J.P., Serrano L.P., Serrano S.R. Sindrome de Bouveret: cinco casos// Revista Espanjla de Enfermedades Digestivas.-1994.-vol.86(5).- P.839-844.

Поступила 11.02.2004 г.